

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

507

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

P. BENSA

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 12 janvier 1871

DE L'EXTIRPATION TOTALE
DE
LA VESSIE
POUR
CANCER

Président : M. POUCHET, professeur.

Juges : { MM. PANAS, professeur.
NÉLATON et ANDRÉ, Agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 22 Juillet 1896, à 9 heures

PAR

P. BENSA

Né à Nice (Alpes-Maritimes), le 12 janvier 1871

DE L'EXTIRPATION TOTALE

DE

LA VESSIE

POUR

CANCER

Président : M. POUCHET, professeur.

Juges : { MM. PANAS, professeur.
NÉLATON et ANDRÉ, Agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1896

507

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	N.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale..... }	DIEULAFOY.
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARRIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	REITTERER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON CHER PÈRE

A MA CHÈRE MÈRE

A MON CHER FRÈRE AINÉ

A MON FRÈRE ET A MES SOEURS

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR POUCHET

Chevalier de la Légion d'honneur

De l'Extirpation totale de la Vessie pour Cancer

INTRODUCTION

L'extirpation totale de la vessie atteinte de cancer est une opération d'origine récente.

L'antisepsie, à laquelle il faut rapporter les hardiesses de la chirurgie moderne, a permis de faire bénéficier la vessie de la thérapeutique plus active dirigée contre le cancer.

Aujourd'hui, en effet, on sait qu'il faut opérer, et surtout opérer vite, avant que la lésion n'ait gagné des voies inaccessibles à l'intervention chirurgicale. C'est dire que, dès que le diagnostic est confirmé, l'opération s'impose. Et cela, d'autant plus, qu'il ne s'agit pas ici d'une opération où le premier coup de bistouri oblige à continuer.

C'est par une incision exploratrice, la taille hypogastrique, que l'on commence ; et, suivant le cas, après avoir jugé « *de visu* », on pratiquera soit l'extirpation simple du néoplasme, soit la résection vésicale totale ; et même l'on pourra ne pas aller aussi loin, et transformer l'opération curative en une intervention palliative, le drainage hypogastrique.

N'est-ce pas le but cherché ? A chaque cas clinique, pouvoir opposer une thérapeutique appropriée, en un mot, faire une opération « *adéquate* » au mal ?

Il semble, par cela même, que les manœuvres difficiles et un peu aveugles pratiquées par la voie uréthrale, aient peu d'indications. On est exposé à enlever des végétations de tumeurs, en méconnaissant la base plus large du néoplasme.

L'hésitation n'est guère possible, et l'on préférera toujours aborder la lésion par la voie hypogastrique, et par cette incision exploratrice, terminer l'opération d'une façon différente, surtout le volume et le siège de la tumeur.

Cependant, on a longtemps reculé devant les néoplasmes se prolongeant dans le bas-fond, et le trigone vésical semblait intangible.

Des expériences nombreuses chez les animaux, ont montré que la vessie n'était pas un organe si intolérant, et que son extirpation était possible sans entraîner des troubles trop sérieux.

La chirurgie a bénéficié de ces idées nouvelles, et l'on a pu reculer encore les limites de l'intervention.

Nous voulons, dans cette thèse, exposer les résultats obtenus par la résection totale de la vessie, en apportant une observation nouvelle, que nous devons à l'extrême obligeance de M. le professeur agrégé Albarran.

C'est en précisant les détails de technique opératoire, en analysant les résultats obtenus et en cherchant les causes possibles d'insuccès, que nous tâcherons de démontrer l'utilité de cette opération d'avenir : « L'extirpation totale de la vessie ».

Voici le plan que nous suivrons :

CHAPITRE I. — *Historique.*

CHAPITRE II. — *Justification de l'opération.*

CHAPITRE III. — *Indications et contre-indications.*

CHAPITRE IV. — *Choix du procédé* (Opér. préliminaire : partie molle, os ; opér. sur le néoplasme. — *Discussion.*

CHAPITRE V. — *Manuel opératoire.*

I. Traitement pré-opératoire.

II. Opération.

Opération préliminaire.

(Taille sus-pubienne et symphyséotomie).

Dégagement des uretères.

Extirpation de la vessie.

Grefte des uretères.

III. Traitement. — Post-opératoire.

CHAPITRE VI. — *Observations.*

CHAPITRE VII. — *Conclusions.*

Mais auparavant, nous voulons adresser nos témoignages de reconnaissance :

A M. le professeur Pouchet, qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A M. le professeur agrégé Albarran, qui a eu la bonté de nous communiquer l'observation qui est le point de départ de cette thèse, en nous donnant aussi les précieux conseils de son expérience.

Qu'ils reçoivent ici l'assurance de notre respectueux dévouement.

A M. le docteur Chevallier, chef de clinique, de M. le professeur Guyon, pour ses utiles conseils dans le choix de notre thèse, ainsi qu'à notre ami, M. Imbert, interne du service.

A tous nos maîtres de Paris et de Lyon enfin, dont nous emporterons le plus profond et le plus respectueux souvenir.



CHAPITRE I.

Historique

Tandis que la partie clinique était l'objet de nombreux perfectionnements, la question du traitement des tumeurs de la vessie, avait marché beaucoup plus lentement.

C'est par une série de modifications opératoires que l'on est arrivé, de l'ablation simple du néoplasme, à l'extirpation totale de la vessie.

Au début, la voie périnéale, conseillée et suivie par Thompson, ne donnait pas assez de jour. A partir de 1880, la taille hypogastrique est remise en honneur, et nombre d'auteurs l'utilisent; en particulier M. le professeur Guyon qui par une série d'heureuses modifications, a beaucoup contribué à son succès.

Viennent alors les travaux de Bazy, Czerny, Pousson, Herdeweich, puis les procédés de plus en plus audacieux: Taille transversale de Trendelenburg, procédé de résection du pubis de Helferich, de Bramann, enfin symphysectomie, que songe à utiliser pour la première fois M. Albarran.

C'est en janvier 1887 que le professeur *Bardenheuer*,
Bensa

de Cologne, tenta le premier l'extirpation totale de la vessie, pour un cas de cancer qui englobait les uretères. L'uretère gauche ne put être trouvé, le droit fut coupé. Etat satisfaisant pendant 10 jours ; mort le 14^e jour d'urémie.

A l'autopsie, hydronéphrose gauche ; la plaie opératoire était cicatrisée et sans trace d'inflammation.

Au congrès allemand de chirurgie de 1891, ce même chirurgien a mentionné deux opérations de résection étendue de la vessie, avec 1 guérison et 1 mort, par récurrence, 5 mois après, au niveau des vésicules séminales ; mais de la même que pour les 3 cas de *Gussenbauer*, dont une mort par intoxication iodoformée et une guérison avec fistule persistante, on ne peut savoir, vu le manque de détails, s'il ne s'agit pas plutôt d'opérations partielles.

A *Pawlick*, de Prague, est dû le premier succès. En août 1889, il enleva la vessie à une femme de 56 ans, onze mois après une intervention par le vagin. Double fistulisation urétéro-vaginale, puis 24 jours après, taille hypogastrique, isolement de la vessie, et terminaison par la voie vaginale, avec création d'une nouvelle vessie aux dépens du vagin.

M. Albarran qui a examiné cette femme au congrès de Berlin en 1890, dit dans son ouvrage sur les tumeurs de la vessie : « malgré une fistule vaginale, le résultat opératoire était pourtant remarquable ; et j'ai gardé un durable souvenir de cette femme valide et bien portante, qui me montrait dans un bocal sa vessie parsemée de petits épithéliomas ».

Deux ans et demi après l'opération, la malade allait

bien, la fistule était fermée, et il n'y avait plus d'incontinence.

Le professeur *Kuster* vient ensuite avec un cas malheureux, mais il s'agissait d'un cancer de la prostate faisant saillie dans la vessie, et on comprend le résultat peu favorable d'une opération compliquée de prostatectomie.

Kummel a fait la résection totale pour un cancer de la paroi postérieure de la vessie chez une femme de 60 ans. L'uretère droit fut suturé à l'orifice interne de l'urèthre, après cathétérisme urétéral préalable. Collapsus le jour suivant et mort.

A *Kossenski* est dû le 2^e succès. Il s'agissait d'une femme ayant un cancer de l'utérus propagé à la vessie.

Ce chirurgien pratiqua l'hystérectomie et l'ablation vésicale. — Urtééo-vaginostomie. — Guérison.

Enfin ajoutons à cette liste l'observation due à M. le professeur *Albarran*.

La tumeur ici était en contact avec l'uretère droit, et l'examen cystoscopique avait fait prévoir la nécessité de la résection totale avec déplacement de l'uretère.

Il y a donc actuellement 6 observations de résection totale de la vessie pour cancer.

L'opération a été pratiquée 2 fois chez l'homme et 4 fois chez la femme ; 2 succès ont été observés dans ce dernier cas.

Il ne faudrait pas en tirer la conclusion que chez l'homme l'insuccès est la règle ; en effet des complications indépendantes de l'opération expliquent l'issue fatale.

Il faut reconnaître cependant que la gravité de

l'opération est moindre chez la femme, car le vagin offre un conduit bien préparé pour dériver le cours de l'urine, ce qui permet d'éviter la principale difficulté de l'intervention.

CHAPITRE II

Justification de l'opération

Preuves expérimentales. — Avant toutes choses il faut se demander si l'ablation de la vessie est permise, et si son extirpation n'amène pas des troubles mortels chez l'homme.

Le premier point de cette question a été résolu par l'expérimentation chez les animaux (1).

Glück et Zell (2) les premiers extirpèrent avec succès la vessie chez des chiens.

Leur conclusion fut que pour la réussite de l'opération il fallait que les uretères fussent abouchés, soit à la paroi abdominale, soit à l'urèthre, mais jamais dans le rectum.

Les échecs s'expliquent facilement dans ces derniers cas, si on songe que l'on vient greffer l'uretère dans un organe comme le rectum, fourmillant de coli-bacilles dont les travaux de MM. Albarran et Hallé, ont démontré l'action prépondérante dans l'infection urinaire. A cela s'ajoute une cause bien favorable à l'infection et sur laquelle insiste M. Albarran, la rétention. L'uretère ne débouche

(1) Nous empruntons les détails suivants au remarquable ouvrage du prof. agrégé Albarran « Les tumeurs de la vessie » Paris 1892.

(2) Glück et Zell. Strickers med. Jahrb. (octobre 1881).

plus dans un vaste réservoir comme la vessie, et l'urine subit la stagnation qui est, on le sait, bien propice à la pullulation des germes. De plus l'orifice urétéral est souvent rétréci.

Enfin Glück et Zell ont montré, sur le cadavre, que l'on peut enlever en totalité le réservoir urinaire, sans blesser le péritoine.

Snamenski (1) conclut de plusieurs séries d'expériences que l'extirpation d'une partie, ou même de la totalité, de la paroi antérieure de la vessie, n'amène pas la mort de l'animal et que l'on peut même supprimer le 2/3 de l'organe.

Une résection plus large a toujours été suivie de mort.

Uretères et bassinets dilatés, reins atrophiés, telles sont les lésions trouvées à l'autopsie.

Novaro (1) en opérant en deux temps : greffe rectale, puis ablation vésicale ultérieure, ne put conserver qu'un chien pendant 3 mois, sur 3 opérés.

Tuffier en 1888 (2) ne fut pas plus heureux. Il fait observer cependant que l'infection ascendante peut être évitée, lorsque l'on conserve le méat météral, que l'on vient greffer au rectum. Le sphincter empêchant l'ascension des microbes en émettant l'urine par intermittence. Mais dans le cas de tumeur, comme le dit Clado, « ce serait greffer le cancer de la vessie dans la paroi rectale ».

De Paoli et Busachi (3) insistant sur la cause d'insuc-

(1) Rentr. f. Chirurg. 1884, 35.

(1) Novaro. Bull. Med., 1887, p. 185.

(2) Tuffier. An. des Mal. org. gén. urin., 1888, p. 241.

(3) De Paoli et Busachi. Anc. org. gén. urin., 1888, p. 553.

cès, qui est le rétrécissement de l'uretère, réussirent à greffer le conduit à la paroi vésicale postérieure, après l'avoir élargi par une petite incision longitudinale.

C'est une vessie artificielle que Tizzoni et Poggi (1) voulurent créer, en opérant en deux temps dans l'intervalle d'un mois.

Dans un premier temps, isolement d'une anse intestinale, vidée et fermée aux deux bouts, en laissant le mésentère ; suture de cette anse en avant du col de la vessie ; suture de l'intestin pour rétablir la continuité.

Second temps : isolement de la partie inférieure de l'uretère et extirpation du corps de la vessie. Suture du bout inférieur de l'anse intestinale au col. Fixation des uretères dans l'anse. Drainage par l'urèthre.

La chienne opérée se portait bien deux mois après, et émettait par mictions, espacées d'une heure, 10 à 14 centimètres cubes d'urine.

En terminant citons l'intéressante expérience de M. le Prof. Guyon, qui avec M. Albarran a réséqué chez un chien, la paroi postéro-latérale de la vessie au niveau de l'embouchure urétérale, suturé la plaie produite, puis ligaturé et sectionné l'uretère correspondant, qui a été abandonné dans l'abdomen.

« L'animal s'est toujours bien porté depuis, et rien, dans ses mictions ni dans sa santé générale, n'indique un trouble quelconque de l'appareil urinaire ».

Connheim, Strauss et Germont et Albarran ont démontré que la ligature aseptique d'un uretère, aboutit à

(1) Tizzoni et Poggi. *Réforma Méd.*, octobre 1888.

l'atrophie du rein correspondant, sans trouble de la santé générale. On pourrait, le cas échéant, essayer ce moyen chez l'homme sans trop de craintes. Et puis, s'il y avait des accidents, n'aurait-on pas la ressource de la néphrotomie.

Nous voyons donc que la fixation d'un uretère dans un endroit anormal de la vessie peut-être suivie de succès; de même pour la greffe vaginale ou cutanée. Quant à l'embouchement rectal, l'insuccès est la règle. Avec ces restrictions, nous pouvons conclure, d'après les résultats obtenus chez les animaux, que l'extirpation de la vessie est une opération physiologiquement permise.

La même conclusion s'impose chez l'homme, si l'on se rapporte aux succès de Sonnenburg, pratiquant l'extirpation pour exstrophie de la vessie.

Dans le cas de cancer, l'on voit aussi deux opérées recouvrer la santé, malgré l'ablation de la vessie. Et même, dans les cas malheureux, la survie observée ne s'expliquerait pas avec la perte d'un organe absolument indispensable.

Preuves cliniques. — La clinique nous apporte actuellement 6 observations, avec 2 succès et 4 morts.

La mortalité est encore élevée; mais en analysant les observations, on voit qu'on peut expliquer facilement la tendance progressiste de la chirurgie moderne, car les succès sont en réalité plus beaux, si l'on écarte certains cas, où vraiment l'on ne pouvait espérer une terminaison heureuse.

La mort, dans le cas de Bardenheuer, est due à l'opé-

ration incomplète, laissant l'uretère gauche comprimé, d'où urémie fatale.

Ce n'est que le 14^e jour après l'opération, que la mort est arrivée, et l'hydronéphrose trouvée à l'autopsie, semble bien l'expliquer.

L'état de la plaie opératoire, absolument cicatrisée et sans trace d'inflammation, pouvait bien faire espérer un succès, si l'opération avait été complète.

Chez le malade de Küster, les circonstances les plus défavorables étaient réunies. D'abord il s'agissait d'un cancer de la prostate propagé à la vessie, et l'on connaît le triste pronostic de cette affection.

En lisant l'observation, on se rend compte de l'énorme traumatisme que l'on a dû produire, pour dépasser les limites du mal.

L'opération commencée par la voie hypogastrique, est continuée par le périnée, et terminée par l'hypogastre.

Donc, d'une part, vaste délabrement opératoire, cancer prostatique, d'autre part, expliquent facilement la mort; et l'on comprend le peu de succès d'une opération réunissant les dangers d'une prostatectomie à ceux de l'extirpation vésicale.

Enfin, les uretères fixées au rectum enlevaient les dernières chances de succès.

La mort est survenue également chez la femme opérée par M. Albarran.

Le lendemain de l'opération, la malade allait bien, la température était de 37°,8; enfin, 48 heures après l'intervention, elle mourait en hypothermie.

L'urine avait eu un libre écoulement par les sondes, laissées dans les uretères, et sortant par l'urèthre.

A l'autopsie, on n'a rien trouvé qui puisse expliquer la mort.

Les poumons n'ont rien d'anormal ; le cœur ne présente aucune altération, sauf un peu de surcharge graisseuse. Reins simplement congestionnés.

L'on est conduit à se demander comment, chez une femme encore assez vigoureuse, la mort a pu se produire, lorsque rien, à l'autopsie, ne vient l'expliquer.

Nous ne voyons guère que le shock opératoire, aidé probablement par l'action du chloroforme qui puisse expliquer la mort de cette malade ; et pourtant nous devons dire que l'opération ne dura guère plus d'une heure.

Chez l'opérée de Kummel, on ne put suturer l'uretère droit.

Des adhérences solides existaient entre la paroi postérieure et le péritoine qui fut déchiré, ajoutant ainsi de nouvelles causes d'échec.

Ces considérations montrent que l'extirpation totale a plus de chance de réussir lorsqu'on la pratique de bonne heure, tandis que l'on peut enlever tout le mal.

Lorsque des adhérences se sont produites avec des organes voisins, nécessitant de grands délabrements, il n'y a guère place pour l'extirpation totale.

Nous pouvons après cet exposé écarter légitimement certains cas où vraiment le succès aurait été invraisemblable. Tel le malade de Bardenheuer chez qui l'opération a été incomplète, laissant l'uretère gauche comprimé d'où hydronéphrose et urémie.

Celui de Kuster avec prostactetomie et suture rectale des uretères avait là de quoi expliquer facilement l'échec.

L'opération a aussi été pénible et incomplète chez la malade de Kummel. Il est certain que de pareilles circonstances menaçaient le succès, et que l'on a souvent opéré des cas où la diffusion du néoplasme empêchait l'ablation totale de la lésion.

On peut donc écarter comme cas où l'opération était contre-indiquée, les observations de Bardenheuer et de Küster.

Ces deux insuccès observés chez l'homme sembleraient devoir faire proscrire chez lui l'opération, si nous n'avions vu que l'échec était dû à des causes indépendantes de cette dernière.

On ne peut porter un jugement définitif en se basant sur des cas inopérables.

Il reste en somme quatre interventions avec deux succès dont on peut contrôler les résultats éloignés. Avec une maladie telle que le cancer de la vessie, deux guérisons ne sont pas à dédaigner, et elles prouvent que cliniquement cette opération a le droit d'exister.

Restent, pour légitimer cette large intervention, les considérations tirées de la marche de la maladie :

Les tumeurs de la vessie sont dangereuses par leur nature cancéreuse, par leurs complications, et leur marche fatalement progressive, non seulement explique, mais commande une intervention active.

Le premier point ne fait pas de doutes ; tout cancer doit être opéré, sauf contre-indication bien entendu. Les jours du malade sont comptés, et, comme dit Otis pour

les ligatures artérielles, « c'est la prudence qui doit inspirer la hardiesse. »

Après une évolution sournoise, en effet les complications éclatent; hemorrhagies incessantes épuisant les malades, douleurs parfois insupportables, et s'ajoutant souvent à tout cela, la rétention. Quoique les symptômes fonctionnels soient les moins sûrs pour guidés l'intervention au début, ils dominent souvent la scène et obligent à intervenir.

Il est enfin des conditions anatomiques tout en faveur de l'opération.

Comme l'a fait remarquer le professeur Guyon, le cancer de la vessie est celui qui permet le plus d'espérer une cure radicale, car il a peu de tendance à se propager (1).

On sait que les néoplasmes de la vessie restent longtemps dans les limites du réservoir et que l'invasion ganglionnaire est tardive.

On a cherché l'explication de ce sujet, par le manque de lymphatiques dans la vessie.

L'existence de glandes et de lymphatiques dans la muqueuse vésicale est un point qui a été longtemps discuté, en effet. Tandis que Sappey donnait dans ses belles études sur le système lymphatique, une description des réseau de la vessie, la plupart des anatomistes niaient leur existence.

Mais aujourd'hui, grâce à de nombreux travaux, la

(1) Guyon. Ann. mal. org. gen. urines. 1890 p. 113.

question semble définitivement résolue et l'on se range à l'avis de Sappey et des auteurs allemands,

On trouvera dans l'ouvrage de M. le prof. Albarran, le compte rendu de ses recherches personnelles, accompagné de belles figures.

Les glandes sont en petit nombre, sauf au trigone, où elles forment des amas de petits cryptes muqueux.

Dans le reste de la membrane, on a pris parfois pour des glandes des sortes de petits kystes, résultant d'anciennes cystites, comme le fait remarquer Albarran.

Les lymphatiques rares aussi dans l'épaisseur de la muqueuse, sont plus abondants au trigone vésical, où ils forment un large réseau, qui va se jeter de chaque côté de la vessie dans les ganglions hypogastriques.

Quoiqu'il en soit il est cliniquement vrai que la généralisation est plutôt une exception, et que les ganglions sont rarement dégénérés.

Toutes ces considérations plaident en faveur de l'intervention large, possibilité d'enlever tout le mal, absence de dégénérescence ganglionnaire.

CHPITRE III

Indications et contre indications

Les indications de l'Extirpation totale de la vessie ne sont basées que sur les *caractères anatomiques* de la tumeur.

Les symptômes fonctionnels ne méritent aucune confiance, et il est fréquent de voir les plus petites tumeurs donner lieu aux hémorrhagies les plus considérables et aux douleurs les plus intenses.

Par l'examen cystoscopique, la résection totale pourra être prévue si l'on constate la présence d'une grosse tumeur s'étendant vers le bas-fond vésical, ou englobant les urtères.

Ainsi dans notre observation, la cystoscopie avait donné des renseignements d'une exactitude parfaite, mais c'était M. Janet qui avait examiné la malade.

Ordinairement on pourra prévoir, mais non affirmer la nécessité de cette opération et ce n'est qu'à l'ouverture de la vessie que l'on jugera.

Mais avant de savoir comment opérer, il faut songer qu'il y a des cas où il faut intervenir, et d'autres qu'il faut respecter.

On doit poser en principe qu'une tumeur doit être extirpée aussitôt qu'elle est reconnue.

On a tout avantage à opérer tant que la tumeur est petite, avant l'infection du terrain.

Ya-t-il des tumeurs bénignes justiciables d'opérations moins radicales ?

Il y a certainement des papillomes, des myomes, qu'il faut distinguer des épithéliomas ; mais ces petites tumeurs, souvent multiples, donnent lieu à de graves accidents, exposent aussi bien à l'hémorrhagie et à l'infection que les cancers, et méritent bien le nom de « cliniquement malignes » que leur donne, Clado.

Parfois aussi on croit avoir affaire à une petite tumeur, et on méconnaît une large base, c'est « *l'infiltration larvée* » dont parle le professeur Guyon.

La nécessité d'un diagnostic précoce s'impose ; mais malheureusement les malades ne viennent consulter que pour les accidents d'infection, et déjà cachectisés.

La gravité des symptômes seuls les pousse à consulter le médecin.

C'est pour ces cas difficiles que l'extirpation totale apportera une nouvelle chance de succès.

Il ne faut pas méconnaître les symptômes du début, et on doit s'attacher à dépister les cas insidieux.

Notons ici les avantages de la cystoscopie pour arriver à ce résultat.

En opérant hâtivement on réunira toutes les chances de succès : absence d'infection vésicale, intégrité du rein et bon état général. Et dans ce cas l'opération ne sera pas compromise par des complications préexistantes comme l'infection vésicale ou le mauvais état du rein, points qui dominent tout par leur importance.

Les conditions favorables à l'intervention sont : la

limpidité des urines, l'absence de douleurs et de phénomènes de cystite.

L'existence des *hémorrhagies* a pour double effet d'affaiblir la résistance du sujet, et de prédisposer à la rétention et de là à l'infection, en produisant des caillots dont le mélange avec les parcelles de tumeurs forme un terrain tout préparé pour les microbes.

Notons comme causes défavorables, mais non comme contre-indications, les *hématuries* qui sont une raison de plus d'opérer.

Tel le beau succès de M. Albarran chez un vieillard excessivement anémié, et où tout était préparé déjà pour faire la transfusion du sang.

L'ouverture de la vessie apportera un terme aux hémorrhagies, en mettant l'organe au repos. *L'anémie* très avancée, n'arrêtera donc pas le chirurgien.

La *douleur*, la cystite sont défavorables, car elles indiquent l'état septique de la vessie.

Il faut opérer au début, si l'on peut, pour éviter les complications dangereuses. S'il est trop tard, la cystostomie permettra le drainage vésical et la désinfection préalable de la vessie.

Voilà les indications concernant les cas de tumeurs vésicales en général ; mais une fois la vessie ouverte, la conduite du chirurgien variera : si la tumeur est limitée, siège à la paroi antérieure ou postérieure, l'ablation partielle suffit.

Les tumeurs très étendues envahissant le bas-fond vésical arrêtaient l'opérateur, et aujourd'hui se montre

la nécessité de la large résection avec déplacement de l'uretère.

Indications de l'extirpation totale. — Sont justiciables de cette opération (Clado) :

1° Les tumeurs *malignes volumineuses* siégeant au col, ou occupant une grande étendue des parois vésicales.

2° Les tumeurs malignes et même bénignes *multiples*.

3° Les tumeurs qui *infiltrant* les parois dans une grande étendue.

Les tumeurs très étendues englobant les uretères et le trigone ne pourront pas être extirpées par une résection partielle.

Les rapports de la vessie sont à ce niveau plus intimes avec les organes voisins, et il n'est pas aisé de combler ensuite la perte de substance produite.

Pour les tumeurs multiples, l'impossibilité de pratiquer une série d'ablations partielles amène à l'obligation de faire l'extirpation totale.

Enfin souvent on sera mené à la même conduite en présence de l'infiltration de la tumeur. Enlever le néoplasme seul ne serait pas logique dans ce cas. Parfois, cette extension du mal est insidieuse, c'est l'infiltration larvée de M. le professeur Guyon. On la notait chez la malade de M. Albarran.

Contre-indications. — Les cas où il est prudent de ne pas intervenir sont bien rares aujourd'hui.

Il est pourtant un certain nombre de circonstances imposant l'expectation parfois, et souvent l'abstention.

De ce nombre sont les symptômes fonctionnels et les caractères anatomiques de la lésion.

Dans le cours de la maladie, il arrive souvent qu'une complication alarmante domine la scène, au point de modifier la conduite du chirurgien.

Ainsi, quoique l'*anémie* extrême, succédant aux hématuries, l'*infection vésicale* et les *lésions rénales*, ne soient en rien des contre-indications, il y a alors une modification telle de l'état général qu'une opération aurait bien peu de chance de succès.

La cystostomie sus-pubienne, sera efficace, en mettant la vessie au repos et en supprimant les symptômes fonctionnels.

C'est là le grand remède contre l'infection rénale, les hémorrhagies inquiétantes, et l'indication principale, le drainage vésical est alors remplie.

Devant ces complications on n'est pas désarmé, il faut encore opérer, mais opérer en deux temps.

D'autres considérations peuvent encore arrêter le chirurgien, telles sont la *vieillesse* et le *jeune âge*.

Chez le vieillard, il faut être économe d'interventions car leur résistance est peu considérable, et la récurrence est presque inévitable, les néoplasmes évoluant plus rapidement sur ces terrains affaiblis.

Le jeune âge doit moins nous arrêter, car malgré la malignité des néoplasmes à cette époque de la vie, c'est en somme la seule ressource, et il faut chercher la guérison radicale chez l'enfant.

Enfin on ne peut plus poursuivre une guérison complète lorsque la tumeur a franchi les *limites extérieures de la vessie*.

Il existe alors des adhérences avec les organes voisins, et on ne peut plus enlever tout le mal.

De même pour l'existence de *fistules néoplasiques*, faisant communiquer la vessie avec l'extérieur, l'utérus ou le rectum.

L'existence de gros *ganglions dégénérés*, indiquant la généralisation du processus, est aussi une raison d'abstention.

Nous voyons, en résumé, que dans la grande majorité des cas, on peut et on doit intervenir.

Il n'y a place pour l'opération palliative que chez les vieux, ou lorsque la tumeur a dépassé les limites extérieures de la vessie.

Dans tous les autres cas l'intervention s'impose, hâtive et radicale.

CHAPITRE IV

Choix du Procédé (1)

Nous allons exposer les différents procédés employés pour aborder la vessie, ce qui nous permettra ensuite de choisir le plus commode et le plus avantageux pour la résection large.

Une division s'impose : Dans un premier temps il s'agit de pratiquer *une opération préliminaire* conduisant sur la vessie. Enfin dans un deuxième temps se place *l'extirpation vésicale*.

Presque tous les auteurs étudient séparément l'opération chez l'homme et chez la femme.

Si les conditions anatomiques semblent leur donner raison pour les résections partielles, il n'en est plus de même pour les oblations larges. Dans ce cas le principal est de voir ce que l'on fait, et l'on a jamais trop de jour.

Aussi laisserons nous de côté l'intervention chez la femme, par les voies naturelles.

Nous ne décrirons pas non plus l'emploi de la taille vésico-vaginale employée par Pawlick. Ce procédé constitue une opération bien réglée que l'on trouvera décrite dans son observation.

(1) Nous avons emprunté les détails des procédés opératoires à l'ouvrage si complet de M. le Docteur Clado sur les Tumeurs de la vessie.

Les divers temps ne sont passés différents chez l'homme et chez la femme, pour que l'on doive faire une double description.

S'il y a quelques particularités intéressantes à signaler nous les noterons dans le cours de cet exposé :

OPÉRATION PRÉLIMINAIRE

1^o Procédés intéressant seulement les parties molles

Au-dessus du pubis ; Taille sus-pubienne. — (Taille verticale ; Taille transversal (*Trendelenburg*).

Au-dessous du pubis ; (Taille sous-pubienne. — Sans résection du pubis (*Laugenbueh*); Avec résection du pubis (*Kœk*).

TAILLES SUS-PUBIÈNNES

1^o Taille verticale, hypogastrique

Nous n'insisterons pas sur elle, car le jour qu'elle donne est insuffisant pour l'extirpation totale de la vessie, combinée à la symphysétome, comme l'a fait M. le Professeur Albarran, elle devient le procédé de choix.

Nous la décrirons en détail, à propos du manuel opératoire.

2° *Procédé de Trendelenburg.* — L'opération comprend quatre temps : 1° Section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, par une incision transversale, de 4 à 8 centimètres, immédiatement au-dessus du bord supérieur du pubis.

Si la section est longue, il vaut mieux recourber en haut les deux extrémités, pour éviter le canal inguinal et le cordon spermatique.

2° On tend alors les muscles droits avec la main gauche et on les désinsère au ras de l'os.

Le cul de sac péritonéal n'est pas à craindre dans le 3° temps la section étant basse ici.

4° *Ouverture de la vessie.* — On ouvre la vessie au même niveau que la section cutanée, et on fixe les deux extrémités de la plaie à la peau par deux points de suture.

La vessie est largement ouverte, et le jour produit est considérable ; mais le défaut de ce procédé consiste en la désinsertion des droits, qui prive la paroi abdominale de son plus solide appui.

M. Albarran a pu éviter l'éventration, en faisant passer obliquement le fil dans le muscle, ce qui expose moins à la déchirure des fibres. Il conseille aussi de ne pas sectionner la gaine en dehors.

M. Clado a eu l'idée de sectionner le muscle plus bas que l'aponévrose, puis l'opération terminée, de les suturer séparément en renforçant par un capitonnage terminal.

Bardenheuer a employé le procédé de Trendelenburg, avec une incision plus vaste encore, allant d'un canal inguinal à l'autre.

TAILLES SOUS-PUBIENNES

Langenbuch a choisi la voie sous-pubienne, voie suivie aussi par *Koch*, qui de plus a réséqué le pubis jusqu'au trou obturateur.

Mais les rapports anatomiques importants avec la verge, ses vaisseaux et ses nerfs, l'existence de gros plexus veineux semblent condamner une semblable méthode.

Ce serait vraiment vouloir chercher la difficulté que de suivre ce procédé pénible et dangereux.

2° *Procédés intéressant le pubis*. — Les procédés suivants s'attaquent au pubis, tantôt en le déplaçant d'une façon temporaire, tantôt en le réséquant :

Procédé d'Helferich ;

Procédé de Nichans ;

Procédé de Bramann ;

Procédé de Clado ;

Procédé d'Albarran.

1° *Procédé d'Helferich*. — Il est basé sur le rapport des 2/3 supérieurs de la symphyse avec la portion cervicale de la vessie. Un fragment osseux ayant ces dimensions, permettrait après ablation un libre accès dans la vessie.

1° Incision transversale ou en J sur le bord supérieur du pubis.

2° Section du périoste, dessinant un U à branches évasées, ne dépassant pas en bas le 1/3 inférieur de la symphyse, et sur le côtés les trous obturateurs ; décollement du périoste, section de l'os avec le ciseau et maillet.

Le fragment osseux ne doit pas dépasser en hauteur 2 centimètres, en hauteur 4 centimètres.

Incisions de la vessie comme dans les autres méthodes.

Heydenreich conseille de ne pas dépasser en dehors, l'épine du pubis pour ne pas rendre le bassin trop fragile.

2° *Procédé de Nichans.* — Nichans résèque un fragment osseux qu'il laisse adhérer en dehors. C'est une résection temporaire, comme dans le procédé de Bramann et de Clado.

Incision verticale médiane jusqu'à la symphyse, puis contournant la verge jusqu'à la moitié de la branche ascendante de l'ischion.

Détachement du périoste et section de l'os au ciseau. Sur la branche horizontale du pubis, incision en dedans de la veine fémorale. Section de la symphyse et rabattement du lambeau en dehors du disséquant sa face interne.

Après l'opération, on suture la symphyse au fil d'argent, après avoir remis le volet en place.

3° *Procédé de Bramann.* — La section osseuse est la même que dans la méthode d'Helferich, mais ce qui est important ici, c'est la continuité laissée avec les muscles droits dont on respecte les insertions.

Le fragment est séparé en deux, et à travers l'interstice on aborde largement la face antérieure de la vessie.

4° *Procédé de Clado.* — C'est ce qu'il appelle aussi « Fenêtre pubio-hypogastrique ». On trouvera les détails dans son ouvrage sur les tumeurs de la vessie. Qu'il nous suffise de dire qu'il y a peu de différence avec la section d'Helferich, sinon un peu plus d'étendue dans le lambeau.

1° Incision en forme de T renversé. Dissection des lambeaux, déplacement des cordons spermatiques.

2° Desinsertion musculaire. Incision des parties fibreuses, puis délimitation du fragment osseux.

3° Section de l'os avec le ciseau et le maillet, on incise le périoste de la face postérieure au bistouri. Renversement en haut du fragment produit.

Pour terminer, section verticale, de 3 à 5 centimètres des muscles droits. Après l'opération, suture métallique du fragment aux quatre angles, mais, insiste M. Clado, sans perforer la face postérieure de l'os, drainage, et si l'on craint la stagnation dans le décollement pré-vésical, fixer la vessie au pubis, faire une véritable cystopexie, comme dit M. Clado.

5 *Procédé d'Albarran.* — M. le Professeur Agrégé Albarran, le premier, a employé la symphyséotomie dans les tumeurs de la vessie.

M. Tuffier s'était déjà servi de cette voie dans un cas de grattage pour tuberculose vésicale.

Incision de 6 à 8 centimètres descendant jusqu'au sous-pubis.

L'opération se continue comme une taille sus-pubienne ordinaire, et si l'extirpation totale est indiquée, on pratique alors la symphyséotomie, qui ne diffère en rien de celle que pratiquent les accoucheurs. Il y a les mêmes précautions à prendre, quoique chez la femme l'exécution en soit plus facile et les résultats meilleurs.

Nous décrirons les divers temps à propos du manuel opératoire.

Opération sur le néoplasme. — La vessie est ouverte

et par la vue et le toucher, on a pu se rendre compte de l'étendue du néoplasme.

Il importe de choisir la meilleure conduite pour terminer l'opération.

Suivant le cas on pratiquera l'un des procédés suivants :

- 1° Ablation du néoplasme ;
- 2° Destruction du néoplasme ;
- 3° Opération palliative ;
- 4° Extirpation totale de la vessie.

Nous n'envisageons ici que le dernier cas.

Deux grandes méthodes se présentent :

Résection intra-péritonéale ;

Résection extra-péritonéale.

Résection intra-péritonéale. — La résection intra-péritonéale n'a pas donné de brillants résultats. Sonnenburg a cependant eu un succès opératoire, la malade ayant survécu 5 semaines. Mais la complication redoutable ici, la péritonite est survenue dans les cas de Bruce Clarke et de Dittel, amenant la mort après 2 jours pour le premier, 7 jours pour le second.

Cette mort si rapide doit être vraisemblablement rapportée aux longues manipulations que l'on a dû pratiquer sur la séreuse, dans les efforts de décollement.

Dans les deux cas en effet les sutures étaient intactes et n'expliquaient pas une infection par passage de l'urine dans le péritoine.

On a pensé alors qu'une incision franche de la séreuse serait préférable ; de là l'idée d'attaquer la vessie par la voie péritonéale. C'est ce qu'à fait Sonnenburg avec succès.

La clinique apporte sa consécration à cette manière de faire. Il suffit de citer les cas de sutures pratiquées au cours de laparatomie chez la femme et les succès de Vincent, Billroth dans les blessures vésicales intra-péritonéales.

Mais dans des cas le milieu n'est pas septique, il n'y a pas de grands décollements à faire ; en un mot on ne trouve pas cette cause défavorable qui complique souvent les tumeurs vésicales : l'infection, qui ne demande qu'à se précipiter par la moindre ouverture faite à la grande séreuse.

Nous n'insisterons donc pas sur les différents procédés. Signalons celui du Dr Clado désigné sous le nom de « Résection péritonéo-vésicale par manœuvres combinées », et qui consiste à pédiculiser le néoplasme, à faire la laparotomie et suturer le péritoine adossé dans le repli attiré vers la vessie, enfin à extirper la paroi vésicale avec la tumeur.

La séreuse semble protégée contre l'infection opératoire ; on prévient les complications ultérieures en empêchant la distension vésicale par un drainage hypogastrique.

Résection extra-péritonéale. — La plus grande partie de la surface vésicale est abordable par la voie extra-péritonéale, et il n'est pas encore prouvé que pour éviter une blessure pendant l'opération, le mieux soit d'ouvrir d'emblée la séreuse. La supériorité de la voie extra-péritonéale ne fait aucun doute pour la paroi antéro-supérieure de la vessie.

Les parois latérales n'adhèrent pas au péritoine que l'on peut facilement détacher, sans risquer de le léser.

Reste la paroi postérieure, où les rapports avec la séreuse sont plus intimes.

Mais en somme, presque toute la surface vésicale est libre ou seulement recouverte par le péritoine, et celui-ci n'est fixé plus solidement à la vessie, qu'au niveau de sa face postérieure.

Nous voulons insister sur ce point qui présente de l'importance pour le choix des procédés.

On connaît l'incertitude des rapports qu'affecte le péritoine avec la vessie ; les culs de sacs sont plus ou moins élevés, haut situés chez les gens gras, comme le signale Petersen, et comme l'explique Pierre Delbet dans un travail publié en 1892 (1); mais cette incertitude doit engager à la prudence et non à l'hésitation.

M. Paul Delbet dans sa thèse (Paris 1895), revient sur les rapports du péritoine et affirme que cette membrane adhère à la vessie par toute l'étendue de sa surface. Il se base sur l'expérience suivante : un carré est découpé sur le péritoine, et on marque, sur la surface vésicale rendue apparente, un point placé au centre du carré.

Or, l'insufflation montre que malgré la distension, le point marqué ne se déplace pas, d'où la conclusion que le péritoine est partout adhérent, et qu'il ne glisse pas sur la vessie. Il faudrait plutôt en déduire, dit M. Albarran, que le péritoine se distend en même temps que la vessie, et voilà tout.

Il est du plus haut intérêt dans l'extirpation vésicale, de connaître les points adhérents du péritoine. M. Albarran a reconnu que c'est surtout par les culs de sacs que la séreuse est fixée.

Il y a tout autour, au point où le péritoine se réfléchit, des brides celluleuses qui se jettent d'autre part sur la vessie. Ce sont ces fibres qu'il faut effondrer, soit avec la sonde cannelée, soit avec le doigt, et le décollement sera alors très facile.

Enfin reste le *procédé de dedans en dehors* du professeur Guyon, surtout utile pour les extirpations partielles, utile pour le décollement des régions adhérentes, comme le bas-fond vésical.

Choix du procédé. — Et maintenant que nous connaissons les différents moyens dont nous pouvons disposer, voyons quels sont ceux qui remplissent le mieux les conditions requises pour la résection totale de la vessie.

Taille hypogastrique. — Pour l'opération préliminaire, un point d'abord ne fait aucun doute, c'est la supériorité de la voie hypogastrique ; et pour les raisons déjà données c'est l'incision de la taille sus-pubienne qui s'impose.

Cependant ni l'incision longitudinale, ni la transversale ne donnent assez de jour.

Symphyséotomie. — Il est de toute nécessité de s'adresser en plus aux procédés entamant le pubis.

La méthode d'Helferich est commode, et chez la femme où la symphyse est presque horizontale, la voie serait suffisante, mais d'autre part, chez elle, la symphyséotomie est facile et peu dangereuse.

Le Docteur Clado a conseillé son procédé de la « Fenêtre pubio-hypogastrique » comme ouvrant une large voie, et n'ayant pas les inconvénients de la symphyséotomie. Ce procédé est celui d'Helferich avec section plus étendue du pubis. Il reproche à la symphyséotomie de pro-

duire des désordres du côté du périnée, et en particulier de favoriser la déchirure du Ligament de Carcassonne.

M. Albarran a montré, que pour éviter cette complication il suffit de couper soigneusement toutes les fibres du ligament sous-pubien.

MM. Albarran et Duplessis (Thèse de Paris 1892) conseillent un écartement de 4 à 4 centimètres et demi. On arrive ainsi facilement jusqu'au col de la vessie ; et on ne produit pas de désordres.

A-t-on tant à craindre la disjonction sacro-iliaque, la lésion du plexus de Santorini, la déchirure du ligament de Carcassonne, que M. Clado aurait toujours produite chez le cadavre avec 4 centimètres d'écartement ?

Non, la symphyséotomie a déjà fait ses preuves, et les cas de Tuffier et Albarran sont des encouragements pour l'avenir.

Chez la femme l'opération est encore plus favorable, c'est l'intervention de choix. Elle seule donne le maximum de fond, la plus grande voie pour manœuvrer à l'aise, ce qui est ici le principal.

Extirpation sous-péritonéale. — Quant à la façon d'extirper la vessie, deux grandes méthodes sont en présence :

Voie intra-péritonéale ;

Voie extra-péritonéale.

La voie intra-péritonéale apporte avec elle l'incertitude du résultat, inhérente à toute laparatomie, même très soigneusement faite.

La vessie est un organe extra-péritonéal, dans presque toute son étendue, et puisqu'on peut l'aborder aisément

en respectant le péritoine, on ne voit pas la nécessité de l'attaquer par le seul point où les rapports avec la vessie séreuse sont les plus intimes.

La méthode de choix sera donc la voie extrapariétale. Mais de cet exposé il doit rester la notion que le point important est la protection du péritoine, contre les blessures d'une part, contre l'infection possible d'autre part.

La meilleure façon d'arriver à ce résultat serait de décoller soigneusement la séreuse, de suturer les solutions de continuité, s'il s'en produit dans le cours de l'opération, en un mot de n'ouvrir la cavité vésicale que lorsque l'isolement du péritoine serait assuré.

Mais cette façon de faire n'est pas pratique, car avant tout il faut être sûr que l'extirpation totale est nécessaire, et ce n'est que par l'inspection minutieuse des rapports du néoplasme que l'on peut acquiescer à cette certitude.

En prenant des précautions minutieuses on arrivera à protéger le péritoine, même après l'ouverture de la vessie.

Un lavage antiseptique, une désinfection soignée de cette cavité, permettront d'obtenir une asepsie satisfaisante.

Après avoir bouché la vessie de gaze antiseptique, on décollera le péritoine avec précaution, on le repoussera prudemment vers l'abdomen, en maintenant la prostate par la position inclinée de Trendelenburg.

Et ce n'est qu'après l'isolement parfait de la vessie, que l'on songera à son extirpation. On aura auparavant constaté l'intégrité du péritoine, suturé les éraillures, s'il s'en produit pendant l'excision de la vessie.

Réunion primitive de la vessie et de la

Il ne nous reste plus qu'à envisager la conduite à tenir après l'opération.

Deux cas se présentent : Tantôt on conserve un petit lambeau vésical que l'on rabat et que l'on suture, tantôt on extirpe complètement le réservoir, et c'est la conduite que nous exposerons à propos du manuel opératoire.

Nous avons à choisir entre deux procédés :

1° *Suture totale du lambeau vésical sans réunion primitive de la plaie abdominale* ; et 2° *suture totale du lambeau vésical et de la paroi*.

En 1885, Kraske mit en pratique le premier de ces procédés très usité depuis en Allemagne, Graël et Ditzel l'emploient couramment.

Le second procédé a donné un insuccès à Küster. Antal a observé 3 fistules sur 4 opérations et 1 mort par péritonite.

Bramann, en 1890, cite 4 opérations dont 3 sans fistules. M. Albarran le premier a employé ce procédé en France dans 2 cas (Ann. des mal. org. génit. urin., décembre 1891).

Dans le premier cas, la vessie fut suturée au catgut, puis un 2° plan au fil de soie, avec points de Lembert. La paroi abdominale fut réunie par des points profonds au catgut et des superficiels au crin de Florence.

Petit drain d'attente dans la cavité de Retzius, retiré le surlendemain. Le malade se lève le 11^e jour.

Le 2^e malade, un vieux de 73 ans, opéré à toute extrémité, et dont nous avons déjà parlé, donna, après extirpation de la tumeur, une réunion primitive parfaite.

Réunion primitive de la vessie et de la plaie abdomi-

nale. — C'est à la réunion primitive que nous donnons la préférence, et nous voulons insister sur quelques particularités mises en lumière par M. Albarran.

Ainsi il faut refouler la graisse prévésicale, comme l'enseigne M. le Professeur Guyon, mais il ne faut pas trop décoller en arrière du pubis, surtout en bas, ne pas créer un cul-de-sac bien disposé pour suppurer.

On fera un double plan de suture : le premier au catgut à 3 millimètres du bord de la plaie, et tous les 8 à 10 millimètres, traversant la muqueuse. Au-dessus, suture de renfort au fil de soie, à la manière de Lembert.

Enfin on placera un *drain prévésical* que l'on laissera en place pendant 2 ou 3 jours, retenu par un fil traversant les muscles, et qu'il suffira de serrer pour compléter la suture.

La réunion de la vessie est facile, même si elle est malade (Guyon), mais il faut assurer le drainage.

Les sondes sont mauvaises et se bouchent souvent.

M. Albarran préconise les sondes de Pezzer, fermes et souples, qui avec le diamètre externe des Nélatons ont un calibre double.

A leur extrémité elles ont un renflement aplati se fixant au col vésical.

Cathétérisme permanent des uretères. — Pour assurer le libre écoulement de l'urine M. Albarran a proposé avec Luria (1) le cathétérisme permanent des uretères.

Sur le chien il n'y aurait pas d'accident.

Dans un cas de cystite tuberculeuse, M. Albarran,

(1) (Société de Biologie, juin 1891).

pour supprimer la douleur, fit ce cathétérisme et bourra la vessie de gaze iodoformée. Les sondes laissées pendant 8 jours, amenèrent une grande amélioration, mais la généralisation du processus ne pût être arrêtée.

Il n'y a pas de complication si l'écoulement se fait bien et si on recueille l'urine dans un récipient stérilisé.

On hésite entre le désir d'une cicatrisation rapide et le danger de faire un drainage insuffisant.

Il faut chercher aujourd'hui la réunion primitive, et ni la cystite, ni les hématuries ne contraindiquent cette manière de faire.

Mais si on n'est pas sûr de l'hémostase, il vaut mieux se contenter de la réunion secondaire, et ne pas s'exposer à un échec, les caillots produits empêchant l'écoulement de l'urine et menaçant de désunir les sutures.

En somme, pour extirper totalement la vessie, il faut choisir la voie hypogastrique, pratiquer la symphyséotomie, l'extirpation sous-péritonéale, faire le cathétérisme permanent des uretères, chercher enfin la réunion primitive, en laissant cependant un petit drain pré-vésical.

Voyons maintenant comment on doit pratiquer ces divers temps opératoires.

CHAPITRE V.

Manuel opératoire

I. Traitement préparatoire. — Il est inutile d'insister sur l'importance de la désinfection aussi parfaite que possible du champ opératoire.

On peut donner du salol, par exemple, pour obtenir une antisepsie indirecte, en agissant sur l'urine.

Les lavages vésicaux sont plutôt nuisibles en favorisant l'apparition d'hématuries ou même infectant parfois.

Comme avant toute opération sérieuse, on donnera au malade, la veille un grand bain savonneux ; le pubis et les organes génitaux externes, seront soigneusement rasés. On administrera aussi un purgatif pour vider le rectum.

Les *instruments* nécessaires sont des pinces hemostatiques, bistouris, écarteurs, sondes, et certains ajoutent ballon de Petersen.

Un lit dur peut suffire, le siège étant soulevé par des coussins résistants.

On sera encore plus à l'aise avec le lit de Trendelenburg, la table de Mathieu, le plan incliné du professeur Duplay.

Le tout est de pouvoir produire la position inclinée, qui tend à débarrasser le champ opératoire des viscères, regagnant par leur propre poids la cavité abdominale.

Le malade sera anesthésié de préférence à l'éther, car il y a tout avantage à donner un agent excitant dans une longue opération.

Le champ opératoire étant largement lavé et savonné, on fait une dernière irrigation avec la solution phéniquée forte, ou le sublimé à 1/1000, on achèvera avec de l'éther indispensable pour enlever la graisse et les détritux épithéliaux qui auraient résisté.

On procède alors au lavage de la vessie avec de l'eau boriquée ou du sublimé à 1/3000.

On place alors le ballon de Petersen, si on tient à distendre le rectum. Il faut en tout cas laver soigneusement cet organe.

Une sonde est introduite dans la vessie pour pratiquer l'injection. Il vaut mieux se servir d'une seringue, qui permet de sentir le degré de pression. On a signalé en effet la rupture de la vessie cancéreuse sous l'effort du liquide. Il faut éviter à tout prix cette grave complication et ne distendre qu'avec prudence. Beaucoup opèrent même la vessie vide.

Clado conseille d'employer un procédé qui lui a bien réussi une fois chez le vivant. La section des parties molles est faite, comme pour une laparotomie, et une fois la vessie mise à nue, l'injection pratiquée à ce moment, fait saillir la vessie entre les muscles droits n'opposant plus résistance. Le cul de sac péritonéal est refoulé beaucoup mieux de cette façon.

Opération. — Dans toute région où porte une opération, il y a toujours un organe principal à ménager, un

obstacle à éviter, dominant par son importance tout l'acte opératoire.

Il est nécessaire avant de prendre le bistouri de connaître les difficultés que l'on rencontrera, afin de pouvoir parer à toutes les éventualités.

Ici les trois points difficiles sont :

L'hémorrhagie ;

Le péritoine ;

L'uretère,

On remédiera au premier obstacle, en opérant vite et en assurant l'hémostase par le tamponnement pendant la symphyséotomie.

Certains cancers saignent beaucoup et la meilleure conduite est de les enlever rapidement, avec les doigts ou par le grattage. C'est le moyen le plus sûr pour arrêter l'hémorrhagie.

La blessure du péritoine sera évitée par une dissection attentive et prudente, en décollant surtout avec les doigts en refoulant en haut la séreuse.

Au début on dirigera les recherches surtout vers la symphyse pour ne pas ouvrir le cul-de-sac antérieure.

Enfin ne pas extirper la vessie avant l'isolement parfait du péritoine.

On rendra l'uretère apparent par le cathétérisme ; et après avoir placé un fil ou une pince sur l'extrémité sectionnée, il sera facile de l'écarter du champ opératoire pour en éviter la blessure.

Point important, la suture sera soigneusement faite, selon les règles exposées plus loin.

1^o Taille sus-pubienne. — On commence par faire la taille sus-pubienne.

On peut considérer d'après Clado 4 temps successifs.

1^o De la peau à l'aponévrose des muscles droits.

Il faut marquer par la pensée la ligne médiane. Les points de repère sont l'ombilic en haut, le bord supérieur du pubis en bas.

Sur cette ligne verticale on pratique, sur les téguments bien tendus avec la main gauche, une incision d'environ 12 centimètres partant du bord supérieur du pubis.

Il faut se tenir exactement sur la ligne médiane pour ne pas se perdre dans les muscles droits. On passe à la section du tissu cellulaire sous-cutané, plus abondant vers la partie inférieure jusqu'à ce qu'on arrive sur l'aponévrose.

On pince les vaisseaux chemin faisant.

2^o De l'aponévrose au péritoine. — Placer alors des écarteurs, reconnaître la ligne blanche et inciser la gaine des droits. Il est très difficile de sectionner exactement au milieu, mais cela a peu d'importance, on se dirigera de préférence à la partie inférieure de la plaie, pour éviter le cul de sac antérieur. On termine ce second temps en écartant largement, et en déchirant le fascia transversalis avec la sonde cannelée ou le bistouri prudemment manié.

3^o Du péritoine à la vessie. — L'index accomplit seul ce 3^e temps, de bas en haut il refoule la graisse prévésicale en ayant soin de ne pas décoller derrière le pubis ce qui créerait un espace disposé pour la suppuration. La face

antérieure de la vessie est alors apparente et fait saillie dans la plaie.

4° *Ouverture de la vessie.* — La vessie se présente largement si elle a été distendue au préalable par l'injection.

Avant de l'ouvrir on l'arrose avec l'eau phéniquée faible, ou le sublimé à 1/2000.

On plonge hardiment le bistouri dans la vessie, à sa partie supérieure, et comme l'enseigne le professeur Guyon, on introduit l'index gauche dans la plaie avant de retirer l'instrument. On sort ce dernier lorsque la vessie est fixée par le pouce et l'index gauches, ce qui permet de passer de chaque côté de la plaie, deux gros fils de soie qui fixent ainsi la vessie et permettent l'écartement des bords de l'incision.

De cette façon, on agit loin des vaisseaux et on manœuvre à son aise le globe vésical.

On passe encore 2 fils de chaque côté, une fois l'incision complétée, et on place des écarteurs.

On lie les artérioles qui saignent trop.

La taille est terminée. Le diagnostic étant confirmé, et l'extirpation totale jugée nécessaire, on procède à l'agrandissement du champ opératoire.

2° *Symphyséotomie.* — Voici le manuel opératoire réglé sur le cadavre par M. Albarran, et suivi par lui dans le cas que nous rapportons plus loin. L'incision est prolongée sur la face antérieure du pubis, rasée en vue de cette éventualité, et descend jusqu'à la racine de la verge : à la commissure antérieure, chez la femme.

On coupe tout jusqu'à l'os. Le doigt, introduit der-

rière la symphyse. reconnaît la crête longitudinale de l'articulation, et descend jusqu'à son extrémité inférieure. On place alors un écarteur coudé, embrassant la symphyse et le ligament sous-pubien. Le doigt laissé en place peut suffire. On coupe l'articulation d'arrière en avant sur l'écarteur, ou bien on sectionne à petits coups d'avant en arrière, avec un bistouri à pointe rabattue. On redouble d'attention en arrivant au ligament sous-pubien, on sectionne soigneusement toutes les fibres.

On place les cuisses du malade en abduction pour produire l'écartement nécessaire.

Parfois le bistouri est très serré dans la moitié inférieure de la symphyse, et il faut avancer avec précautions. Un écarteur protégera en bas les organes placé sous la symphyse.

Une certaine quantité de sang, provenant de la section de veines, s'écoule alors, un tamponnement avec une éponge ou de la gaze aseptique suffit.

On a à ce moment une large voie sur le bas-fond et le col vésical ainsi étalés.

3° *Cathéterisme des Uretères et leur dégagement.* — Avant d'extirper la vessie, il faut assurer le sort de l'uretère. Il n'est pas facile de voir et de sentir ce canal.

Aussi la meilleure conduite à tenir, consiste à pratiquer le cathérisme urétéral.

Les sondes à employer sont celles de M. Albarran dont il existe deux modèles ; les unes présentant un renflement à leur extrémité, comme les sondes de Pezzer ; les autres semblables aux sondes à bout coupé dont on se sert pour l'urethrotomie interne, mais ayant une longueur de 35 cent.

Une première difficulté consiste à trouver l'orifice urétéral. Si celui-ci est apparent, rien de plus simple que de pratiquer cette opération, mais parfois le néoplasme masque l'embouchure de ce conduit : Tel est le cas de Bardenheuer.

Il faut le chercher patiemment, et guetter la sortie de l'urine pendant qu'on exerce des pressions sur le parcours de l'uretère. En cas d'échec, on peut procéder à l'ablation du néoplasme, et rechercher l'orifice sur la nouvelle surface ainsi produite.

Lorsque ce moyen ne réussit pas, il faut suivre le conseil de Bardenheuer et d'Albarran, aller à la face externe de la paroi vésicale. Le conduit est ainsi plus difficile à percevoir.

Ordinairement l'introduction de la sonde ne sera pas si compliquée, et les cas où l'uretère est introuvable, sont heureusement exceptionnels.

Les sondes ne seront pas poussées à plus de 15 ou 17 centimètres de profondeur. La libération de l'uretère se fait de la façon suivante : Un fil ou une pince saisit l'ostium urétéral avec la sonde. Par une incision elliptique, on dégage l'embouchure que l'on saisit plus profondément.

On poursuit la dissection sur 5 à 6 centimètres. A travers l'orifice agrandi, on peut manier à l'aise l'uretère, le déplacer, le réduire en arrière de la vessie et le mettre hors d'atteinte.

4° *Résection de la vessie.* — L'uretère ainsi refoulé et à l'abri, on songe à extirper la vessie. Reste le temps difficile, le décollement du péritoine.

On évitera la blessure de cet organe en procédant méthodiquement : La vessie est nettoyée par un dernier lavage.

Sur la face antérieure, le doigt s'insinue derrière le pubis pour bien isoler la paroi vésical. En haut le cul-de-sac est refoulé. La façon la plus commode pour extirper la vessie est de pratiquer alors l'*hémisection*, à l'exemple de M. Albarran, et de détacher ensuite les deux lambeaux droit et gauche, ainsi formés. On les isole d'abord sur les côtés, d'avec la paroi pelvienne et le releveur de l'anus.

Là, le péritoine est peu adhérent. Plus difficilement on libérera les faces supérieures et postérieures. Nous avons insisté déjà sur les rapports du péritoine à ce niveau.

On effondre les brides celluleuses qui relient les culs de sac à la surface vésicale, avec la sonde cannelée ou le doigt, et on avance peu à peu en s'aidant avec les ciseaux, s'il le faut, mais toujours avec une extrême prudence.

Lorsque le décollement est partout exécuté, l'on inspecte soigneusement le péritoine et on suture les solutions de continuité, qu'on a pu produire.

Ce temps difficile étant terminé, il faut isoler les lambeaux du rectum chez l'homme, du vagin chez la femme.

Chez l'homme l'adhérence serait plus considérable, d'où la gravité plus grande de l'opération.

Reste la base de la vessie, c'est-à-dire la région comprise entre le bord postérieur du trigone jusqu'à la face antérieure, adhérence encore chez l'homme avec le rectum en arrière, la prostate en avant ; chez la femme, où ces

rapports n'existent pas, l'opération est plus facile à ce moment.

Il y a dans cette région, de grosses veines, où viennent converger les réseaux de la vessie. Obstacle dangereux, si on opère sur la surface extérieure de la vessie. Il est préférable de résequer de dedans en dehors, car on évite ainsi des décollements difficiles obtenus par des tractions énergiques.

Donc si la mobilisation de la vessie est difficile, il vaut mieux au niveau de la base, opérer de dedans en dehors.

L'uretère sera bien refoulé pour ne pas être blessé pendant l'exécution de ce temps.

On termine la dissection attentive de la base, et enfin l'ablation du lambeau est faite. On répète la même manœuvre sur l'autre moitié de la vessie, et l'extirpation totale est achevée. Il s'agit alors de remédier à ce vaste délabrement, et à rétablir le cours de l'urine avant tout.

5° *Grefte de l'uretère.* — Il est préférable, si cela n'est pas impossible, de garder un petit lambeau vésical, que l'on rabat de façon à constituer une petite cavité où l'on abouchera les uretères.

Pour la suture du lambeau vésical M. Albarran conseille un 1^{er} plan de suture au catgut traversant la paroi vésicale, enfin un superficiel, au fil de soie, au point de Lembert.

L'expérience montre, que la suture vésicale des uretères donne les meilleurs résultats. Le cathétérisme permanent des uretères permet de vaincre la difficulté, dans les cas où on extirpe tout le réservoir.

Par les sondes placées dans les uretères, on a le double

avantage d'assurer l'écoulement de l'urine, et de dériver le liquide loin des sutures, placées ainsi dans de bonnes conditions de réussite.

Nous envisageons ici la greffe au niveau de l'urèthre. La pince qui fixe l'uretère est amenée dans le champ opératoire. Ce déplacement est facile, étant donné les flexuosités du conduit, et on obtient aisément le contact avec l'orifice uréthral. On peut même réséquer l'ostium, souvent englobé par la tumeur, d'autant plus que la portion extra-vésicale de l'uretère présente une consistance plus ferme, ce qui facilite le passage des fils.

On pratique alors sur l'extrémité inférieure ainsi fixée, une incision de 1 ou 2 centimètres, un fil est passé dans l'angle supérieur, un dans chaque angle latéral.

La sonde est alors engagée dans l'urèthre et attire le bout urétéral avec elle, pour produire l'affrontement.

On procède à ce moment aux sutures, difficiles ici. Le cathétérisme préalable rend cependant la manœuvre plus aisée. On complète la coaptation par quelques points placés à la surface externe des uretères.

Il y a deux inconvénients graves à éviter: l'un immédiat, la *coudure de l'uretère*; l'autre consécutif, son *rétrécissement*. Ce conduit peut, dans sa nouvelle position, former une anse s'opposant au libre cours de l'urine.

L'utilité du cathétérisme permanent est ici évidente. Le conduit étant maintenu en bonne position et le calibre normal assuré on ne craindra pas une coudure. L'abouchement à l'urèthre amène un redressement suffisant du conduit, pour éviter cet accident.

Bien plus à craindre est le rétrécissement ultérieur.

Rudinger l'avait noté chez les animaux, et Pawlick, chez son opérée, dût faire la dilatation ; Kuster, au Congrès allemand de chirurgie de cette année, revient sur ce point et considère la sténose du conduit comme le grand danger.

Pour y remédier, on pratiquera l'excision de l'ostium, portion la plus rétrécie de l'uretère.

On peut fendre aussi l'extrémité de ce canal sur l'étendue de un à deux centimètres.

Enfin la sonde à demeure maintiendra l'intégrité du calibre normal

Nous avons considéré le déplacement d'un seul uretère. On répètera les mêmes manœuvres pour l'autre. Les sondes urétérales seront attirées par l'urèthre, dans l'intérieur d'une sonde uréthrale, qui assurera l'écoulement de l'urine au dehors.

6° Suture de la symphyse et réunion primitive des parties molles. — L'opération proprement dite est terminée, il ne reste plus qu'à rapprocher la symphyse et à suturer les parties molles.

M. Tuffier a employé les fils de soie pour réunir le pubis. M. Albarran, en expérimentant sur le cadavre, conseillait d'aviver jusqu'à l'os, et de suturer au fil d'argent. C'est la conduite qu'il a tenue sur le vivant, dans les trois dernières opérations de symphyséotomie qu'il a pratiquées.

On extirpera en conséquence le fibro-cartilage, et on abrasera les couches osseuses superficielles. Avec un perforateur on pratique alors, de chaque côté deux ou trois orifices, dans lesquels on fait passer un solide fil d'argent, que l'on tord et dont on martèle les extrémités tordues.

Il est préférable de percer l'os obliquement, de façon à ne pas atteindre sa face postérieure.

On peut rapprocher aussi par quelques points les tissus fibreux pré-pubiens.

Cette méthode est préférable ici à l'appareil des accoucheurs avec la longue immobilisation qu'il nécessite.

Le dernier temps consiste dans la réunion primitive des parties molles.

Par une première série de points au catgut, on réunit les muscles droits. Il faut pratiquer soigneusement la suture pour éviter l'éventration. On ne réunit pas l'extrémité inférieure, où l'on placera le drain.

On comprend la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose des muscles droits, dans un dernier plan de suture au fil d'argent ou au crin de florence.

Avec l'aiguille de Reverdin on traverse exactement les 3 couches, à 2 centimètres environ des bords de la plaie.

A la partie inférieure de celle-ci, on place un petit drain. Il est utile d'employer le procédé d'Albarran. Le fil traverse les muscles et passe ensuite à travers le drain. On noue lâchement. Après 2 ou 3 jours, si tout va bien, on enlève le drain, et on complète la fermeture de la plaie, en nouant le catgut, sans faire ainsi souffrir de nouveau le malade.

III. — TRAITEMENT POST-OPÉRATOIRE.

Nous insistons sur la nécessité de n'employer l'iode-forme qu'en petite quantité, suivant le conseil de Pozzi.

Le décollement pré-vésical, aura donc été comblé

avec de la gaze iodoformée, soigneusement débarassé de son excès d'antiseptique. L'extrémité des mèches entourera le petit drain, placé à l'angle inférieur de la plaie.

On recouvre de gaze toute l'étendue de la section abdominale. Le pansement est terminé par l'application de larges plaques de ouate, entourant tout l'abdomen et la partie supérieure des cuisses. On fixe le tout par un bandage de corps peu serré, ou par des bandes de gaze.

Soins consécutifs. — Le malade est transporté dans son lit avec toutes les précautions voulues. Il est bon de faire une injection de sérum artificiel, pour lutter contre l'état de dépression post-opératoire.

On dispose l'extrémité de ses sondes dans un urinal soigneusement désinfecté, et contenant de l'eau phéniquée.

On prend la température plusieurs fois par jour, et on surveille le malade, surtout au point de vue de l'écoulement de l'urine.

Certains chirurgiens, comme Trendelenburg, emploient le décubitus ventral après les interventions par la voie hypogastrique, position qui favoriserait mieux le drainage.

Cela rappelle, dit Albarran, la pratique des médecins chinois : « Le malade qui doit subir la taille hypogastrique est couché sur le dos et attaché à une planche : l'opération finie, on met le malade sens dessus dessous en retournant la planche. »

S'il y a de la fièvre on doit refaire le pansement et assurer un large drainage en agrandissant l'ouverture sus-pubienne et en plaçant les tubes Guyon-Perier.

Si l'urine s'écoule bien, et si la température est normale, on laisse le pansement jusqu'au 5^e jour.

Les fils seront enlevés vers le 8^e jour.

Suites opératoires.— La symphyséotomie ne nuit en rien à la solidité du bassin ; la clinique le prouve tous les jours. Dans le cas de Tuffier la consolidation était complète.

Le point le plus intéressant serait de connaître les résultats éloignés de ces différentes interventions.

Au point de *vue opératoire* on peut considérer comme définitives les guérisons obtenues par Pawlick (1890) et Kossinski (1894).

Nous constatons dans le 1^{er} cas l'absence de récurrence, fait rare malheureusement avec le cancer.

Le cas de Kossinski est encore trop récent pour permettre de porter jugement.

La même incertitude existe pour les *résultats fonctionnels*; ceux-ci étaient parfaits chez l'opérée de Pawlick, où la nouvelle vessie, formée aux dépens du vagin, fonctionnait très bien.

Dans la suppression totale de la vessie, le réservoir n'existant plus l'écoulement de l'urine est continue.

On peut juger le fonctionnement de l'appareil urinaire ainsi modifié, en consultant les résultats obtenus par Sonnenburg dans le traitement de l'exstrophie de la vessie par l'extirpation (1).

Le fonctionnement serait-il très défectueux, quel'opération serait encore très bonne, et on ne peut pass'attarder à des considérations secondaires, lorsqu'il s'agit d'une question de mort.

1) Sonnenburg. — Berlin, Klin. Woch, 1881, p. 356, 373 et 471.

Le principal pour nous est de savoir que 2 opérées ont été sauvées d'une mort certaine, par cette hardie opération, et si c'était au prix d'une infirmité, celle-ci ne serait pas irrémédiable. car le port d'un appareil suffirait à la corriger.

Ce sera l'œuvre de l'avenir de discuter les résultats éloignés et les perfectionnements à apporter aux soins ultérieurs.

Nous ne pouvions, à l'heure actuelle, qu'exposer les résultats obtenus et insister sur quelques points opératoire. Mais cela suffira, en montrant l'utilité de cette opération, à faire présager les services qu'elle est appelée à rendre dans l'avenir.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Bardenheüer, de Cologne)

(Albarran. Tumeurs de la vessie)

Homme 57 ans. Atteint de cancer du bas-fond de la vessie qui englobait les uretères.

Bardenheüer se servit d'une incision en forme de croissant, s'étendant du tiers externe du ligament de Fallope droit jusqu'au point correspondant du côté gauche. Après avoir coupé la peau et les muscles, le tissu conjonctif fut dilacéré avec des instruments mousses et on arriva jusqu'à la vessie facilement reconnaissable.

Le péritoine put être complètement décollé et, tout près de la vessie, l'uretère droit, qui avait la grosseur d'un doigt fut coupé ; il fut impossible de retrouver l'uretère gauche. La vessie fut ensuite attirée en haut et en avant et son fond, ainsi que la prostate, séparé du rectum ; enfin le col de la vessie fut coupé transversalement. Il se produisit à ce moment une abondante hémorrhagie et la plaie dû être tamponnée avec des éponges. Le soir de l'opération, le malade se trouvait bien, et quand on changea les éponges, il s'écoula une grande quantité d'urine à travers l'uretère droit ; pendant 10 jours tout paraissait bien aller, mais le 14^e jour le malade mourait d'urémie. A l'autopsie

on trouva l'uretère gauche complètement oblitéré et de l'hydronéphrose gauche, la cavité de la plaie était fermée et il n'y avait pas trace d'inflammation.

OBSERVATION II (Küster)

(Clado. Traité des tumeurs de la vessie)

Homme de 53 ans, atteint de cancer de la prostate, cancer volumineux, irrégulier, saillant dans la vessie dont il avait envahi le trigone.

Cystotomie exploratrice par la taille d'Helfrich. Fermeture de la vessie, ces distensions avec un liquide pour faciliter les manœuvres d'énucléation.

1^{er} Temps. On libère la vessie sur les parties latérales et l'on cherche à détacher le péritoine, qui se déchire à deux reprises. Suture des points déchirés. *2^e Temps.* La vessie libérée du péritoine sur sa face postérieure, et des parois du bassin par ses faces latérales, est attaquée par le périnée au moyen d'une incision médiane de 8 centimètres. Section de l'urètre en avant de la prostate, décollement de la vessie et de la prostate d'avec les aponévroses latérales et le tissu conjonctif. Le rectum est récliné en arrière, section des ligaments antérieurs de la vessie. *3^e Temps.* On retourne à l'hypogastre et l'on sectionne obliquement les uretères; puis on enlève la vessie ainsi libérée de toutes part. *4^e Temps.* Fixation des uretères au rectum, muqueuse contre muqueuse.

Le malade est mort, le cinquième jour, de péritonite purulente, il existait en même temps de la pyélo-néphrite ascendante.

OBSERVATION III (Pawlick)

(Clado, *Traité des tumeurs de la vessie*).

Femme 57 ans, se plaignant de douleurs pendant la miction. Les urines contenaient toujours du sang.

On a pu constater dans la vessie un polype ; une fois ce polype enlevé, la malade alla mieux pendant quelques temps, mais des récidives d'hématuries s'étant montrées plusieurs fois, elle revint nous voir. Ayant reconnu la présence de formations papillaires au fond de la vessie, j'en résolus l'extirpation totale.

Mon dessein était d'abord d'incorporer les uretères dans le vagin et de faire de celui-ci une vessie nouvelle. Comme la malade était âgée, la perte du vagin ne présentait pour elle aucun inconvénient, et d'un autre côté, la ménopause étant survenue depuis quelque temps, des troubles de ce côté n'étaient plus à redouter.

Le 3 août 1889, je fis cette première partie de l'opération.

Après avoir introduit un spéculum de Simon, je fis une incision sur la sonde, préalablement introduite dans l'uretère. Une partie de ce dernier disséquée, je l'ai entouré d'un fil de soie et incisé suivant sa longueur.

Les lèvres de la plaie vaginale et de celle de l'uretère furent suturées ensemble à leur partie supérieure.

J'ai bien serré ensuite le fil passé autour de l'uretère, et j'ai coupé ce dernier au-dessous du nœud, puis j'ai continué l'incorporation complète de l'uretère dans la paroi antérieure du vagin.

Par les fistules urétéro-vaginales qui résultèrent de cette incorporation, j'ai introduit dans les uretères des sondes dont

je plongeais les extrémités dans une bouteille contenant de l'acide phénique. Le vagin fut bourré avec de la gaze iodoformée.

De la vessie s'écoulait, au commencement, un liquide muqueux, brun, épais ; plus tard, rien que des mucosités.

Vingt-quatre jours après, le 27 août 1889, j'ai extirpé la vessie.

Le champ opératoire préparé, je fis remplir la vessie avec une émulsion iodoformée, et introduire dans les uretères par le vagin, les sondes élastiques avec mandrins, pour bien marquer les uretères.

J'ai fait alors sur la ligne blanche une incision de 10 centimètres jusqu'à la symphyse sans léser le péritoine. J'ai doucement détaché la vessie, laquelle, bien dilatée, présentait partout des contours nets. Seule la cicatrice résultant de la fistule artificielle présentait quelques difficultés ; je l'ai détachée sans léser le vagin. Comme cette partie saignait beaucoup elle fut bien tamponnée avec de la gase iodoformée, une fois la vessie détachée partout jusqu'à l'urèthre. J'ai recouvert ensuite la plaie abdominale pour continuer l'opération par le vagin.

Sur la paroi antérieure du vagin, j'ai fait une incision immédiatement au-dessus du bulbe uréthral. Par cette ouverture, transversale et assez étendue, j'ai attiré la vessie vidée, et l'ai détachée au niveau de l'orifice interne de l'urèthre. Comme il existait à cet endroit des formations papillaires, j'ai dû détacher la muqueuse profondément jusque dans l'urèthre.

Pendant cette partie de l'opération, le poulx devenait petit, filiforme, et ce n'est qu'après une injection hypodermique de 300 centimètres cubes d'une solution chaude de sel marin que le symptôme disparût. Il est évident que dans des conditions pareilles, il fallait terminer l'opération le plus tôt possible.

La plaie uréthrale fut tournée vers le vagin et le rebord

antérieur de cette plaie suturé avec l'incision transversale pratiquée sur la paroi antérieure du vagin. Le rebord supérieur de la plaie uréthrale et le reste du rebord vaginal, (après l'avoir avivé tout autour), servirent pour faire une occlusion vaginale transverse.

Avant de fermer complètement les sutures vaginales, j'ai introduit par le vagin dans les uretères, deux sondes dont je fis sortir les bouts par l'urèthre dilaté ; de même le fil de suture. La plaie abdominale a bien guéri jusqu'à son extrémité inférieure, par où sortaient les mèches de gaze iodoformée. Au lieu de ces mèches, j'ai introduit plus tard un drain qui permettait un écoulement plus facile. L'ouverture au niveau du drain a été longue à se fermer ; de même une fistule derrière l'urèthre.

Il y a eu à un certain moment, obstruction de l'urèthre droit par les mucosités ; l'uretère en fut débarrassé et de l'urine en quantité s'en écoula.

La malade sent très bien quand la nouvelle vessie est remplie d'urine et peut aisément la vider.

D'après les observations faites, il est très probable que cette nouvelle vessie aura une contenance suffisante.

OBSERVATION IV (Kummel)

« *Ueber geschwülste der Harnblase, ihre Prognose und Therapie. Berliner Klinik, V, 1892, page 47* »

J'ai moi-même, dans un cas malheureux, pratiqué l'extirpation totale de la vessie. Une femme de 60 ans, entre le 13 février 1890, à l'hôpital Marien. La malade souffrait depuis presque 6 mois, et de plus en plus : fréquentes envies d'uriner,

nombreuses hématuries, et, dans les derniers temps, douleurs croissantes. La malade a perdu l'appétit.

La palpation de la vessie, combinée à l'exploration du vagin et du rectum, laisse reconnaître un épaissement net de la paroi postérieure de la vessie. L'organe semble fixé. Le toucher intra-vésical, après dilatation de l'urèthre, permet de percevoir un cancer étendu, à toute la paroi postérieure et latérale gauche de la vessie, pendant que les parois antérieure et latérale droite paraissent libres.

Après écartement, on attire la vessie et on refoule le péritoine. Celui-ci très adhérent à la paroi postérieure fut largement ouvert. L'extirpation de la vessie réussit après quelque peine.

Dans l'uretère droit fut placé une sonde, attirée ensuite par l'urèthre, à l'orifice interne duquel on le fixa par quelques points de suture.

On ne put pas en faire autant pour l'uretère gauche. La malade tomba dès le jour suivant dans le collapsus.

Il est prudent de s'assurer avant tout que l'uretère soit bien suturé.

Chez les vieilles femmes, où le vagin ne sert plus, il est bon de suturer les uretères dans cet organe, en formant un réservoir propre à la réception des urines, et qui répond au but cherché.

OBSERVATION V (Kossinski)

(*Centralbl. f. d. Krankheiten der Harnorgane*, 1894, p. 250)

Ce cas est résumé dans un article de P. Modlinsky « *Beitrag zur Chirurgie der Uretheren.* »

« Personnellement j'ai observé un cas semblable (à celui de

(Pawlick), pendant que j'étais assistant dans la clinique du Professeur Kossinski à Marschau.

Ce cas est pourtant compliqué, car la malade souffrait d'un cancer de l'utérus propagé à la vessie.

Pendant qu'il pratiquait avec succès l'hystérectomie vaginale, le Professeur Kossinski eut à extirper la vessie, ce qu'il fit aussi. Les uretères furent suturées dans le vagin.

La malade guérit. »

OBSERVATION VI (Albarran, Inédite)

Perrigal Marianne, 51 ans, femme de ménage, entrée le 27 avril 1896, salle Langier, lit n° 28.

Antécédents héréditaires nuls.

Antécédents personnels : à 28 ans, fluxion de poitrine, à 32 ans, névralgie sciatique gauche.

Trois accouchements dans de bonnes conditions. Enfants bien portants. A 42 ans, douleurs lombaires exagérées au printemps et en automne, et qui l'obligeaient à s'aliter pendant huit ou dix jours.

Pas de pertes blanches, ni pertes sanguines. A 48 ans, ménopause. Les douleurs lombaires ont disparus.

Picotements au moment des mictions. En mars 1894, le travail la gênait, mais elle travaillait toujours.

A la suite d'excès de travail, en juin 1895, hématurie terminale (au début, urine claire), finit par du sang pur, peu abondant,

En septembre 1895, graviers, petits grains jaunes, de consistance molle, se durcissant en se desséchant.

Dès le mois de juin, l'hématurie terminale se répétait à Bensa

chaque miction. La malade n'a pas cessé de travailler. Parfois l'hématurie cessait pendant 15, 20 jours.

Dès le mois de septembre 1894, la malade avait des graviers dans ses urines ; pendant les périodes sans hématuries, il n'y avait pas de graviers.

En octobre 95, sans avoir travaillé plus que d'habitude, elle a une hématurie abondante, sans avoir à peine senti le besoin d'uriner, elle recueille un demi verre de sang avec de gros caillots et un peu d'urine.

Huit jours après, nouvelle hématurie, 5 gros caillots pendant la miction. Malgré cela la malade continue à travailler.

L'hématurie redevient plus abondante et terminale, mais elle n'a jamais cessé depuis. Les graviers étaient rares, disparaissaient pendant 2 à 3 semaines.

Les mictions sont douloureuses immédiatement après, et la douleur s'apaise après 10 minutes environ. Fréquence 8 fois le jour, 2 fois la nuit, en moyenne.

Le 15 Février, elle se croyait tout à fait guérie n'ayant plus d'hématuries.

En Mars, mictions plus fréquentes, hématurie à toutes les mictions.

En Mai, à l'exploration, col de l'utérus conoïde regardant en avant. Utérus dans le cul de sac postérieur et petit.

Dans le cul de sac antérieur et un peu à droite, on sent une induration non douloureuse, non mobile, et susceptible d'être prise entre les doigts de l'abdomen et les doigts vaginaux.

Par le toucher vaginal on sent la cloison vésico-vaginale indurée et en même temps par le double palper, des nodosités.

Examen cystoscopique. — 15 mai 96 : Vessie tolérante : 150 grammes.

On trouve un néoplasme en partie ulcéré. Il siège dans la partie droite de la vessie au niveau de l'angle que fait le dôme

vésical avec le bas-fond sans arriver à toucher l'uretère, dont elle est éloignée de plus de 1 centimètre.

Cette tumeur probablement carcinomateuse, est dure, plutôt lisse que soyeuse et ulcérée dans sa partie droite, saillante dans sa partie gauche. Elle est largement implantée par toute sa surface, elle doit avoir 3 cent. dans son plus grand diamètre.

Bas fond vésical œdématié, pas de cystite.

Opération.— Le 10 juin, M. Albarran pratique l'extirpation de la vessie.

On anesthésie au chloroforme. Position de Trendelenburg.

Injection de 150 à 180 grammes. Pas de ballon de Petersen.

Incision commençant au-dessus de la symphyse, se continuant en bas jusqu'au clitoris qu'elle dépasse en s'inclinant à droite, pour éviter les déchirures ultérieures.

On découvre ainsi le pubis. Avec un doigt on cherche l'interstice et on sectionne le cartilage avec un fort bistouri. On a soin de bien couper les trousseaux fibreux inférieurs et supérieurs. Les jambes de la malade sont alors écartées pour faciliter l'ouverture du pubis qui atteint alors 3 à 4 centimètres.

La vessie, largement découverte, est ponctionnée et le contenu sort à ce moment.

L'incision est maintenue par des fils suspenseurs au nombre de 3, posés à mesure, et permettant d'augmenter l'ouverture.

Dès ce moment on est un peu gêné par l'hémorrhagie qui se produit à la partie inférieure de la plaie au niveau des racines du clitoris, difficile à arrêter parce que les pinces déchirent les tissus.

Dans la suite de l'opération, on essaye sans résultat de fermer les vaisseaux avec un fil, on a besoin finalement de faire la forcipressure. Une fois la vessie ouverte, on peut l'explorer facilement et l'on voit alors que la tumeur est située tout près de l'orifice urétéral, mais sans l'atteindre.

Elle a exactement les caractères indiqués par l'examen

cystoscopique; ulcérée par places, sessile, faisant corps avec la paroi. Le reste de la muqueuse est rouge, vilieux, et l'on se décide à faire l'extirpation de la vessie. On commence la décortication par la paroi supérieure, mais le cul-de-sac péritonéal est ouvert accidentellement et suturé par un surjet au catgut. A la fin de l'opération il est relevé et fixé à la commissure supérieure de la plaie.

Avant de commencer la décortication on a introduit dans chaque uretère une sonde, qui, après extirpation, seront ensuite conduites par l'urèthre.

On fait une incision médiane de la vessie de façon à faciliter la dissection qui avance du reste assez rapidement. On commence par le côté droit; la dissection est un peu laborieuse au niveau de l'uretère à cause de la présence de la tumeur qui englobe la inférieure de ce conduit. On l'isole le mieux possible, on le fend en partant de son orifice vésical et on constate que, bien que la tumeur enveloppe l'uretère sur une hauteur d'au moins 1 centimètre, les parois du conduit paraissent saines. L'isolement complété, on resèque la portion d'uretère en contact avec la tumeur et on complète l'extirpation de cette moitié de la vessie en laissant le col en une bande de muqueuse d'environ 1 centimètre tout autour.

On passe alors à la moitié gauche beaucoup plus facile à disséquer et que l'on extirpe, non compris l'uretère gauche. On a donc extirpé presque toute la vessie, et il ne reste guère que l'orifice urétéral et une bande de paroi, large de 3 ou 4 centimètres au plus; l'uretère droit a été sectionné et séparé du reste de la vessie.

Les sondes urétérales sont introduites à ce moment dans l'urèthre au moyen d'une pince à forcipressure. Il reste à aboucher l'uretère droit à la vessie au moyen de 4 fils de catgut. La

sonde urétérale ayant été introduite dans l'urèthre à travers une boutonnière faite dans la paroi restante de la vessie.

Enfin on suture d'avant en arrière la paroi vésicale par des points de catgut séparés, 5 ou 6, et on complète en nouant les chefs deux à deux. Par dessus cette suture, on en fait une autre comprenant les plans cellulo-adipeux voisins. Suture de la symphyse au moyen de 2 solides fils d'argent après abrasion du cartilage, pour faciliter la consolidation. Au préalable on a laissé sous la symphyse des tampons de gage iodoformée qui drainent, au-dessus et au-dessous du pubis, le champ opératoire. Sutures musculaires au catgut et cutanées au cuir de Florence.

11 juin. — La malade a une éruption érythémateuse sur les membres inférieurs. Une injection de sérum est pratiquée dans la journée.

Mort à 9 heures du soir.

La température a été de 36, 5, 37, 37, 8.

Autopsie le 13 juin 96.

Le péritoine n'est pas enflammé et le champ opératoire en bon état, sans suppuration, ni caillots de sang. L'uretère droit est bien abouché, et ne présente aucune lésion ainsi que l'uretère gauche. Reins normaux. Poumons un peu congestionnés. Foie normal. Rate normale. Cœur sain, sauf une légère surcharge graisseuse.

CONCLUSIONS

I. — L'extirpation de la vessie est une opération physiologiquement permise. Les nombreuses expériences pratiquées sur les animaux, les cas de Sonnenburg, dans le traitement de l'exstrophie vésicale, le prouvent surabondamment.

II. — La gravité du cancer de la vessie commande une prompte intervention. L'extirpation large pour les tumeurs limitées aux parois supérieure et latérales de cet organe.

III. — Pour les néoplasmes ayant gagné la paroi postérieure, le trigone ou l'embouchure des uretères, on a longtemps hésité devant la nécessité d'une plus large ablation.

Aujourd'hui se pose l'indication de l'extirpation totale avec déplacement des uretères.

IV. — Cette opération est indiquée dans : 1° Les tumeurs même bénignes lorsqu'elles sont *multiples*, les symptômes fonctionnels étant parfois très graves ; 2° Les tumeurs *infiltrées* dans la plus grande partie des parois vésicales ; 3° Les tumeurs *volumineuses* largement implantées dans le segment inférieur de la vessie.

V. — Le procédé de choix est : la taille hypogas-

trique avec symphyséotomie, extirpation totale, par hémisection, greffe des uretères et cathétérisme permanent de ces conduits.

VI. — On préférera la suture osseuse du pubis à l'appareil à mobilisation des accoucheurs.

VII. — L'extirpation totale de la vessie est une opération grave, sans doute, mais elle est légitimée par le pronostic fatal du cancer.

D'autre part, les succès obtenus et l'espoir d'une guérison radicale, doivent engager dans cette nouvelle voie.

Vu :

**Le Président de la Thèse,
POUCHET.**

**Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.**

**Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.**

BIBLIOGRAPHIE

Bardenheuer. — Congrès des chirurgiens allemands, 1891.
— Centralbl. f. chirurg. 1894 (supplém. p. 435).

Küster. — Congrès des chirurg. allem., 1891. — Archiv. f.
Klin. chirurg. T. 42, 4.

Pawlick. — Congrès Intern. de Méd. Wien. Med. Wochens-
chrift, 1891, 45.

Kümmel. — Berliner Klinik. V. 1893.

Kossinski. — Centralbl. f. d. Krankheiten der Harnorgane,
1894, 5, p. 250.

Albarran. — Les tumeurs de la vessie. Paris 1892. — Sur
la réunion complète par première intention après la taille hypo-
gastrique dans les tumeurs de la vessie. (Annales des mal. des
org. gén. urin., 1894). — Note sur un cas de symphyséotomie
chez l'homme. — (Ann. des mal. des org. gén. urin., 1893, p. 218.

Bazy. — Du traitement des tumeurs de la vessie (Ann. des
mal. des org. génit. urin., 1893, p. 224. — De l'uretéro-cysto-
néostomie (Bull. Acad. de Méd., 8 nov., et Bull. Méd., 1894.

Bramann. — Taille hypogastrique et résection pubienne
(Annal. des mal. des org. gén. urin., 1891, p. 357).

Clado. — Traité des tumeurs de la vessie (Paris 1895). —
Fenêtre pubio-hypogastrique (Union méd., 1894). — Résection
de la vessie pour tumeur (Arch. génér. de Méd., 1894). T. II,
p. 227 et suiv.

Delbet (Paul). — Anatomie chirurgicale de la vessie (Thèse de Paris, 1895).

Desnos. — Du tamponnement de la vessie après la taille hypogastrique (Ann. des mal. des org. gén. urin., 1893. — Taille hypogastrique transversale (Id. 1891, p. 597).

Gluck et Zell. — Stricker's med. Jahrb. (octobre 1881). — Recherches expérimentales.

Guyon. — De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs de la vessie (Ann. mal. des org. gén. urin., mars-octobre 1884). — La symphyséotomie dans l'extirpation des tumeurs vésicales (Bull. méd. Paris 1894, VIII), — Tumeurs de la vessie, p. 25 (Ann. des mal. des org. gén. urin., 1890. — De la taille hypogastrique dans les tumeurs vésicales (France Médicale, 31 janvier 1891).

Heydenreich. — Taille hypogastrique avec résection pubienne. (Ann. mal. org. gén. urin., 1891, p. 341. Congrès de chirurgie, 1891.

Koch. — Ueber die extirp. der gutart Blasenpagane Tubingen, 1886.

Morestin. — Ann. mal. organ. gén. urin., 1893, p. 224. (Recherches expérimentales).

De Paoli et Busachi. — Ann. mal. org. gén. urin., 1888, p. 553. (Recherches expérimentales).

Poirier. — Cathétérisme des uretères, leur anatomie. (Ann. mal. org. gén. urin., 1887 et 1894).

Pousson. — Sur la valeur de l'intervention dans les tumeurs de la vessie. (Ann. mal. org. gén. urin., nov. 1889).

Pozzi. — Mal. org. gén. urin., (nov. 1891, p. 539).

Reclus. — De l'extirpation des tumeurs de la vessie. (Gaz. Hebdom. de méd. et de chirurg., 28 mars 1884).

Reed. — Recherches expérimentales sur l'abouchement des uretères dans le rectum. (Ann. mal. org. gén. urin., 1882, p. 791).

Rosenberg. — Autoplastie vésicale expérimentale. (Ann. mal. org. gén. urin., 1893, p. 415).

Rouxau. — De l'hémorrhagie dans l'opération de la taille. (Th. de Paris, 1881).

Salvator. — La symphyséotomie (Ann. des mal. org. gén. urin., 1893, p. 214).

Snamenski. — Centr. f. chirurg., 1884. (Recherches expérimentales).

Thompson. — Tumeurs de la vessie, 1885. (Traduit par Jamin).

* *Tizzoni et Poggi.* — Riforma medica, octobre 1888. (Recherches expérimentales).

Truffier. — Taille hypogastrique pour tumeur vésicale avec fermeture de la plaie sans drainage ni cathétérisme. (Ann. mal. org. gén. urin., 1892, p. 23).

— Symphyséotomie préliminaire dans la taille sus-pubienne. (Gaz. Hebd., Paris 28 avril 1894).

— Ann. mal. org. gén. urin., 1888, p. 251. (Recherches expérimentales).

Vincent. — Cystorrhaphie. (Revue de chirurgie, juin et juillet 1884).

